



## Entbindung von der Schweigepflicht und Auszahlungsermächtigung bei Krankenhausbehandlungen

Bitte füllen Sie das Formular bei einem geplanten/begonnen Krankenhausaufenthalt im oberen Teil aus, unterschreiben Sie es unten und leiten es bei Krankenhausaufnahme an die Klinikverwaltung weiter.

Die Klinikverwaltung kann das Formular dann ergänzen und Ihrer Bezirksdirektion zusammen mit der Aufnahmemitteilung des Krankenhauses zusenden. Es ermöglicht uns, Ihren Antrag zeitnah zu bearbeiten.

### Vom Versicherungsnehmer auszufüllen

Patient: \_\_\_\_\_

LKH-Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Betrifft Krankenhaus: \_\_\_\_\_

### Von der Krankenhausverwaltung auszufüllen

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Aufnahmenummer: \_\_\_\_\_

Aufnahmediagnose ICD10: \_\_\_\_\_

---

## Entbindung von der Schweigepflicht und Auszahlungsermächtigung

Für den oben bezeichneten Krankenhausaufenthalt befreie ich zum Zwecke von dessen kostenmäßiger Abwicklung hiermit den Landeskrankenhilfe V.V.a.G. und seine Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht und ermächtige Sie, dem Krankenhaus bzw. dessen Träger die erforderlichen Auskünfte für die Bearbeitung der Kostenübernahme zu erteilen.

Zudem ermächtige ich den Landeskrankenhilfe V.V.a.G., die für den besagten Krankenhausaufenthalt anfallenden Versicherungsleistungen für Unterbringungskosten unmittelbar an das Krankenhaus bzw. dessen Träger auszus zahlen.

Diese Erklärungen kann ich jederzeit – auf eine jede für sich allein – mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
Falls der Patient nicht zugleich Versicherungsnehmer ist:  
Unterschrift des Versicherungsnehmers